UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

ADAMANTOMES, ODONTOMES, KYSTES ET SARCOMES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 19 Juillet 1910

PAR

Julien RÉCLAR

Né à Montpellier (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
SARDA, Professeur
GILIS, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE ROUMEGOUS ET DÉHAN
Rue Vieille-Intendance, 5

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534902_0074

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

ADAMANTOMES, ODONTOMES, KYSTES ET SARCOMES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 19 Juillet 1910

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

Julien RÉCLAR

Né à Montpellier (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
SARDA, Professeur
GILIS, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE ROUMEGOUS ET DÉHAN
Rue Vieille-Intendance, 5

1910

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET (✲), Doyen.
SARDA, Assesseur.
IZARD, Secrétaire.

Professeurs

Clinique médicale.	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseignement de pathologie et thérapeutique génér.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et Matière médicale.	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET (✲).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✲).
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ESTOR.
Microbiologie,	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.).
Pathologie et thérapeutique générales.	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
Secretaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. libre.
Clinique gynécologique....	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie...	MOURET, prof. adjoint
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
GALAVIELLE.	SOUBEIRAN.	LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*
SARDA, *professeur.*
GILIS, *professeur.*
SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mon ancien maître au Lycée de Montpellier,

Monsieur Aug. MAS

Ancien Député de l'Hérault

J. RÉCLAR.

A ma Fiancée,

Mademoiselle Jeanne CABANIS

Docteur en Médecine

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS FUTURS

A mon futur Beau-Frère,

Monsieur Charles CABANIS

MEIS ET AMICIS

J. RÉCLAR.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur TÉDENAT

Professeur de clinique chirurgicale, Chevalier de la Légion d'honneur

A mes Maîtres :

Monsieur le Professeur SARDA

Monsieur le Professeur GILIS

Chevalier de la Légion d'honneur

Monsieur le Professeur SOUBEYRAN

A Monsieur le Docteur BOUZIAN

Médecin Chef de l'Hôpital de Relizane (Oran)

J. RÉCLAR.

PRÉFACE

C'est pour payer une dette de reconnaissance que j'ai écrit en tête de ce travail le nom d'un honnête homme que des adversaires trop exaltés ont injustement calomnié. Il a donné toute sa vie l'exemple du travail opiniâtre, de la loyauté et de la droiture, du désintéressement et de la sincérité des convictions qu'il a si froidement affirmée au moment de sa mort. Je salue respectueusement la mémoire de cet homme de bien dont je m'efforcerai toute la vie de suivre l'exemple si digne.

A mes maîtres de la Faculté, je tiens à dire quels sentiments de gratitude j'éprouve en les quittant.

A M. le professeur Tédenat qui, dès le premier jour, s'intéressa si vivement à moi, je veux dire quel souvenir je garderai de lui. De cet éminent clinicien, auprès duquel j'ai tant appris, je m'efforcerai de copier la modestie et la conscience médicale.

A M. le professeur Sarda, si justement estimé parmi les étudiants qui admirent chez lui la scrupuleuse honnêteté professionnelle, va toute ma reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a porté. Dans ma carrière médicale je prendrai comme exemple la conduite de ce maître qui, dans ses leçons de déontologie, n'a jamais rien conseillé à ses élèves qu'il n'ait déjà fait lui-même.

A M. le professeur Gilis, qui bien souvent m'a considéré comme un ami plutôt qu'un élève, j'adresse mes plus sincères remerciements.

M. le professeur agrégé Soubeyran, qui guida avec dévouement mes premiers pas dans les études cliniques, et auprès duquel j'ai appris tant de choses pratiques, a droit à une large part des sentiments que j'exprime ici.

Je ne puis oublier ces maîtres dont le grand sens clinique n'est plus à louer, MM. les professeurs Carrieu, Vires et de Rouville, ainsi que M. le professeur Granel dont la bonté est partout proclamée.

A tous, je dis bien sincèrement merci.

A la meilleure et à la plus douce des fiancées, avec qui je vais demain affronter les mêmes luttes et dont je ne saurais trop louer les hautes qualités de cœur et d'esprit, j'offre ma thèse inaugurale comme un faible témoignage des sentiments qu'elle m'inspire.

J. R.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

ADAMANTOMES, ODONTOMES, KYSTES ET SARCOMES

EMBRYOLOGIE ET HISTOGENÈSE

Au cours de l'étude des tumeurs du maxillaire inférieur, on rencontre toute une catégorie de néoplasmes dont la présence propre à cet os de la face ne peut s'expliquer que par la présence des dents. Histologiquement on a coutume de diviser les tumeurs des maxillaires en : 1° tumeurs d'origine dentaire et 2° tumeurs indépendantes du système dentaire ; malgré que la plupart des auteurs admettent aujourd'hui l'influence des altérations pathologiques des dents sur l'évolution des tumeurs du second groupe.

Il n'est donc pas inutile de placer, en tête de ce travail, un aperçu du développement du système dentaire dont les perturbations, survenues au cours de l'évolution de la dent, expliqueront la formation de certaines tumeurs.

A peu près au 40e jour de la vie intra-utérine apparaît, sur le bord libre des maxillaires, le bourrelet épithélial ou gingival, simple épaississement de l'ectoderme. De la face profonde de ce bourrelet se détache perpendiculairement la lame épithéliale ; cette lame épithéliale, par les renflements qu'elle présentera, donnera à son tour naissance aux bourgeons adamantins. Les bourgeons adamantins eux-mêmes, en s'allongeant et se ramifiant, donneront naissance à des cordons épithéliaux qui, prenant la forme de fond de bouteille, deviendront les germes de première et deuxième dentition.

Mais ce qu'il y a d'important à connaître au point de vue qui nous occupe, c'est que chaque cordon épithélial émettra d'autres bourgeons destinés à s'atrophier, mais qui, malgré tout, resteront inclus dans le maxillaire où ils constitueront les débris épithéliaux paradentaires de Malassez.

Tous les éléments principaux qui ont été décrits sont susceptibles de subir, sous une influence discutée, une prolifération exagérée et désordonnée (Broca), aboutissant à la formation des tumeurs mixtes d'origine dentaire.

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la formation de ces néoplasies. Depuis la publication des mémoires de Malassez on donne la préférence à la théorie expliquant la genèse de ces tumeurs par la prolifération primitive épithéliale : c'est la théorie épithéliale. Mais quelle part doit-on réserver dans ce processus aux différentes formations épithéliales ? Stokes, Bernays et Magitot soutiennent que la tumeur provient d'un germe vrai, c'est-à-dire d'un germe dentaire arrêté au cours de son développement. Malassez, lui, donne une origine épithéliale paradentaire, et c'est son opinion qui, aujourd'hui, est la plus communément admise.

On voit, en somme, que malgré les données importantes fournies par l'embryologie, on ne peut qu'établir la relation étroite qui existe entre le processus de développement du

système dentaire et certaines tumeurs des mâchoires ; mais on ne peut pas dire à quelle partie épithéliale issue du bourrelet gingival revient le rôle primordial dans le processus de formation de la tumeur.

ADAMANTOMES

Ce sont des tumeurs généralement molles, plus rarement dures, irrégulières, ayant une apparence fongueuse, de couleur grisâtre ou rougeâtre. La tumeur est incluse dans un sac fibreux auquel elle peut adhérer en entier ou bien elle adhère seulement à la partie profonde du sac ; dans ce dernier cas on trouve généralement entre la tumeur et le sac la recouvrant une certaine quantité de liquide d'aspect muqueux et filant. L'ensemble est contenu dans une coque osseuse formée par le maxillaire qui est refoulé dans tous les sens ; mais la tumeur n'a d'autre rapport avec le maxillaire qu'un simple contact. On conçoit qu'à force de se laisser distendre la paroi osseuse peut se rompre, et la tumeur faire saillie au dehors, prendre alors un volume anormal, par exemple la grosseur du poing.

Symptomatologie. — Dans une première période les malades éprouvent, au point où doit apparaître l'adamantome, une sensation de gêne ou de tension, parfois de véritable névralgie. Ombredane signale des poussées d'ostéopériostite, de la carie dentaire, etc. Ces phénomènes se produisent au niveau des grosses molaires.

La deuxième période est caractérisée par l'apparition de la tumeur. C'est une simple tuméfaction qui grossit lentement, mais pouvant prendre des dimensions telles que la paroi

osseuse réduite au minimum peut présenter de la crépitation parcheminée.

Enfin la troisième période est caractérisée par les phénomènes inflammatoires que présente autour de la tumeur le tissu osseux jusque-là indifférent. Il peut se produire de la suppuration, des fistules, mais c'est surtout la douleur qui absorbe le plus l'attention du malade.

A noter à propos de ces tumeurs la variété d'adamantome qui fait irruption dans la bouche au niveau d'une dent arrachée précédemment ou congénitalement absente. Dans ce cas la tumeur se présente sous forme de bourgeons grisâtres de consistance sarcomateuse.

Au point de vue opératoire, il est à retenir que les récidives sont fréquentes, mais que jamais l'adamantome n'envahit les tissus voisins qu'il refoule simplement à la périphérie.

ODONTOMES

« L'adamantome et l'odontome ne sont vraisemblablement qu'une seule et même tumeur examinée à deux stades différents de son évolution » (Ombredane. *Maladies des mâchoires*). Quand les éléments épithéliaux formant l'adamantome commencent à former de l'émail et de l'ivoire, l'adamantome devient odontome.

Cliniquement, ce qui différencie l'odontome c'est sa dureté plus grande, de telle sorte que, dans les cas où la tumeur fait irruption dans la bouche, elle donne à la percussion du stylet un son clair et présente des points blancs (émail), d'autres brunâtres.

Au point de vue opératoire, il faut retenir ce fait que la tumeur ne récidive pas après l'ablation parce qu'elle en est arrivée à une période stationnaire.

Complications. — L'infection peut s'installer à la suite de l'ulcération que crée sur la gencive la tumeur qui fait issue au dehors. Le follicule qui contient la tumeur se met à suppurer et ces suppurations deviennent l'origine de foyers d'ostéo-myélite et d'ostéopériostite du maxillaire inférieur. La fistulisation s'installe en dernier terme rendant l'intervention plus délicate.

OBSERVATION I (prof. Tédenat)

Odontome composite du maxillaire inférieur. Accidents inflammatoires. Résection du rebord alvéolaire et ablation de l'odontome; guérizon (recueillie par M. Zalachar).

Georges M..., 48 ans, de Meze, entre à l'Hôpital Suburbain dans le service de M. Tédenat, le 5 novembre 1892.

Malade robuste, sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires notables.

Depuis trois mois, douleurs fréquentes dans la moitié gauche du maxillaire inférieur. Il s'est produit, depuis une dizaine de jours de la tuméfaction de la gencive, de la partie inférieure de la joue, des ganglions rétro-maxillaires. La contracture empêche l'écartement des mâchoire. État fébrile léger.

6 novembre : avec l'ouvre-bouche de Larrey les mâchoires sont écartées, sans grand effort, avec peu de douleurs, la contracture n'étant pas intense. Après nettoyage de la bouche avec des compresses, on voit les dents saines. Au niveau de la deuxième grosse molaire inférieure gauche absente est un foyer purulent, au fond duquel la sonde cannelée sent une masse rugueuse, dure. L'os à ce niveau est tuméfié, boursouflé; il a une épaisseur de cinq centimètres sur une longueur entéro-postérieure de trois centimètres. La pression soit à la face interne soit à la face externe est douloureuse et fait sourdre environ une demi-cuillerée de pus fétide. La tuméfaction des parties molles des ganglions donne l'impression d'une ostéite nécrosante.

Lavages antiseptiques répétés dans la journée. Application dans la soirée du dilatateur buccal de Larrey pour écarter le plus possible les mâchoires.

7 novembre : Anesthésie. Avec la sonde, M. Tédenat s'assure d'une mobilité légère de ce séquestre très sec, très grenu, de ce séquestre très bizarre, nous dit-il. Il décolle le périoste de la face antérieure, voit l'os congestionné, avec une ficelle coupante il sectionne à petit coups et péniblement le tissu osseux, fait une brèche de quatre centimètres de long respectant le bord inférieur de l'os. Le prétendu séquestre paraît alors grenu avec des sillons séparant des grains à facettes brillantes larges de 1 à 3 millimètres. Il s'agit d'un odontome. Il est saisi non sans quelques difficultés avec un davier et extrait par des mouvements de torsion, de rotation qui ébranlent la première molaire de son alvéole. La cavité correspondant aux alvéoles de la première molaire et de la deuxième (c'est dans celle-ci qu'était logé l'odontome), est bourrée de gaze iodoformée.

Pas de réaction fébrile. Le malade quittait l'hôpital le 28 novembre guéri.

La tumeur du volume d'une amande présentait une dizaine de grains à facettes dont le volume variait d'un grain de maïs à une graine de lin : dentine, cément, émail y étaient représentés en proportions variables. Elle correspondait aux odontomes composites de Bland Sutton.

FIBROMES

A la suite de cette étude nous avons placé une observation d'un cas de fibrome du maxillaire inférieur. Les cas de fibrome de cet os sont intéressants parce que c'est au maxillaire inférieur qu'ils ont été surtout observés ; qu'ils sont très rares et qu'ils ont été fréquemment confondus avec les odontomes qui eux sont nettement encapsulés tandis que les fibromes se

continuent insensiblement avec l'os sain. Les symptômes cliniques de ces deux affections sont identiques ; mais, fait à noter, à un moment donné un fibrôme peut prendre les caractères d'un fibro-sarcome.

OBSERVATION II (professeur Tédenat)

Fibrome sous-périostique de l'angle droit du maxillaire inférieur. Extirpation. Guérison.

Jean M..., 38 ans, habitant Alais, entre au N°5 de la salle Bouisson, dans le service de M. Tédenat, le 3 mai 1898. Il a toujours eu bonne santé ; pas de rhumatisme, pas de syphilis. Son père et sa mère sont bien portants, ainsi que deux sœurs plus âgées. Depuis cinq ou six ans, une tumeur se développe vers l'angle du maxillaire inférieur, sans douleur.

État actuel : Santé générale bonne ; à l'angle droit du maxillaire inférieur tumeur du volume d'un œuf de poule dépassant un peu en arrière le bord postérieur de l'os, son extrémité antérieure dépasse de trois centimètres le bord du masséter et refoule l'artère faciale dont on sent les battements un peu superficiels. Dents en bon état. La tumeur fait corps avec l'os, elle est finement grenue et quand on fait glisser sur elle les parties molles qui la recouvrent on sent un frottement sec. Pas de ganglions engorgés.

8 mai. Anesthésie au mélange ACE Incision de six centimètres le long du bord inférieur à partir de la limite postérieure de l'angle du maxillaire. Le périoste est décollé facilement avec la rugine de la surface de la tumeur qui est mise à nu sur toute son étendue. La tumeur à sa périphérie fait un léger bourrelet sur l'os. Avec la rugine elle est à petits coups sculptée hors de l'os ; il y faut des efforts, mais la fusion du néoplasme avec le tissu du maxillaire n'est pas très solide. Râclage de la face profonde du périoste avec une curette tranchante. Le décollement de la tumeur s'accompagne d'un suintement sanguin léger, que suspend une compression de trois ou quatre

minutes. Suture au crin de Florence, sans drainage. Pansement compressif.

Réunion immédiate. L'opéré quittait l'hôpital le 21 mai, bien guéri.

J. M... est revenu à l'hôpital le 20 avril 1910 pour une petite tumeur occupant la partie postérieure de la région frontale droite et consécutive à une contusion, survenue il y a trois mois. Il craignait que ce fut « un retour de son ancien mal ». Il s'agissait d'une folliculite indurative, comme l'a démontré l'examen microscopique.

Du côté du maxillaire opéré nous notons : cicatrice souple, fine, mobile, cachée à la face interne du bord inférieur. Le doigt sent des rugosités fines, de mêmes sillons sur l'emplacement de l'ancien fibrome. L'aspect est normal, sans la moindre difformité.

Examen de la pièce. — La face externe de la tumeur présente un aspect finement grenu. Sa couleur est rosée, surtout dans les petites dépressions qui séparent les fines saillies. La face profonde a une structure plus dense. Sur une coupe, la couleur est gris-blanc avec de petits ilôts rouges ayant l'aspect de la moelle osseuse. A la périphérie, on voit des faisceaux fibreux qui s'éparpillent et se perdent dans la masse centrale ; par places, surtout dans les parties centrales, trois ilôts de tissu ayant l'aspect muqueux.

Les coupes microscopiques montrent la structure du tissu fibreux adulte, avec quelques ilôts de cellules fusiformes, quelques cellules osseuses par petits groupes.

KYSTES DU MAXILLAIRE

DIVISION ET SYNONYMIE

On divise ordinairement les kystes du maxillaire en trois groupes : un premier groupe est formé par les kystes adamantins, un deuxième par les kystes dentifères, un troisième par les kystes paradentaires.

Mais la terminologie employée pour désigner ces différents kystes est à tel point abondante qu'une certaine confusion est jetée dans l'étude de ces tumeurs. La terminologie varie pour chacun de ces kystes avec les différents auteurs et il faut au préalable fixer pour chacun les appellations diverses qui ont été données: le kyste adamantin sera ailleurs le kyste multiloculaire ou la maladie kystique des machoires ; le kyste dentifère, sera pour tel autre auteur le kyste dentigère, pour tel autre le kyste folliculaire ; enfin le kyste paradentaire, qui jouit d'une synonymie plus riche encore, pourra s'appeler le kyste uniloculaire (par opposition au multiloculaire), ou le kyste alvéolodentaire, l'odontoplastique, le radiculaire ou l'appendiculaire, etc.

Evidemment tous ces kystes peuvent se rencontrer au maxillaire inférieur ; mais il en est une catégorie, les kystes adamantins, qui se rencontre presque fatalement au maxillaire inférieur ; tandis que les kystes dentifères ont leur maximum de fréquence au maxillaire supérieur.

I

Kystes adamantins

Anatomie pathologique.— Les kystes adamantins sont indiscutablement plus fréquents au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur. C'est au centre de l'os qu'ils débutent et à mesure qu'ils évoluent, jusqu'à prendre un volume considérable, ils repoussent progressivement les deux tables externe et interne de l'os, respectant le bord inférieur du maxillaire.

Il manque souvent plusieurs dents à son niveau, parce que le développement de la tumeur les a ébranlées puis fait tomber, mais il y a toujours une dent congénitalement absente.

La tumeur est bosselée, traduisant ainsi la formation des différentes loges que l'on trouvera à l'intérieur, elle est osseuse par places et fluctuante ailleurs. A la coupe, elle montre une série de kystes dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'un grain de raisin. Le contenu est un liquide épais ou gélatineux (Berger), ou jaunâtre et filant dans lequel baignent souvent à nu des racines de dents voisines.

Histologie. — Le stroma de la tumeur est constitué par des éléments fibreux ou osseux contenant des cordons épithéliaux pleins ; parfois ces cordons se sont transformés en petits kystes appendus à l'épithélium de revêtement. Ces formations épithéliales sont les mêmes que celles rencontrées dans l'adamantome, et c'est une des raisons qui nous font choisir pour cette variété de kystes, le terme de kystes adamantins puisque cette appellation traduit la ressemblance qui existe à ce point de vue entre la tumeur que nous étudions et l'adamantome.

Etiologie. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'âge auquel apparaissent ces tumeurs. Ombrédane les qualifie de tumeurs précoces, n'apparaissant jamais après 30 ans, et se produisant au moment de l'évolution dentaire. Heidenreich les considère comme pouvant apparaître à tout âge, chez l'enfant et chez le vieillard ; mais ils semblent plus fréquents autour de la 20e année.

Il faut noter ici qu'un kyste dentifère ou paradentaire pourra en récidivant prendre l'allure du kyste adamantin.

Symptômes. — Affection qui se rencontre presque toujours au maxillaire inférieur, le kyste adamantin débute par une tumeur évoluant progressivement au niveau du milieu de la branche horizontale de cet os. C'est à la face externe de cet os qu'il se développe surtout.

Indolence relative (les lésions de dentite seules peuvent

occasionner une légère douleur) ; tumeur dure par place, molle à certains endroits ou fluctuante ; évolution progressive et lente ; gêne de la mastication ; intégrité ganglionnaire ; tels sont les symptômes de cette affection. Parfois une ou plusieurs poches intrakystiques s'ouvrent dans la bouche, créant des fistules qui peuvent s'infecter secondairement.

II

Kystes dentifères

Anatomie pathologique.— Le kyste d'une grosseur ne dépassant jamais le volume d'une grosse noix est formé d'une seule poche présentant quelquefois une ébauche de cloisonnement Il adhère souvent à la coque osseuse qui le recouvre, mais pas d'une façon intime et il est en général assez facile de l'en séparer. Le contenu est un liquide jaune clair, filant ; rarement c'est une masse molle que Heidenreich compare à une agglomération d'œufs de poisson. La paroi du kyste quoique d'épaisseur variable est d'une façon générale assez mince et souple. Mais ce qui caractérise ces kystes, c'est la présence à l'intérieur de la poche et appendue à cette poche, d'une dent rudimentaire dont la couronne est dirigée vers le centre du kyste.

Histologie. — Le kyste a une paroi composée de deux parties, une externe, conjonctive, très vascularisée ; une interne formée par un épithélium pavimenteux stratifié.

Etiologie. — Ce sont des kystes à développement tardif (Ombrédane), apparaissant généralement entre 20 et 40 ans, surtout à l'âge de la seconde dentition, avant l'éruption de la

dernière grosse molaire ; on a cependant cité quelques cas de kystes dentifères congénitaux.

Symptômes. — Le kyste dentifère est accompagné d'une sensation de gêne ou de tension plutôt que de douleur, ressemblant en celà au kyste paradentaire.

La tumeur est dure évoluant lentement et pouvant atteindre une grosseur telle que la table osseuse, refoulée et amincie, donnera le phénomène de la crépitation parcheminée. Il faudrait qu'elle atteigne un volume considérable pour permettre de sentir à travers la paroi la fluctuation caractéristique du kyste.

III

Kystes paradentaires

On les divise en : kystes appendiculaires, kystes radiculaires et kystes juxtadentaires. A l'inverse des kystes adamantins, leur fréquence est plus grande au maxillaire supérieur, mais on les rencontre cependant au maxillaire inférieur.

Anatomie pathologique. — Ne possédant qu'une loge et ne contenant ni dent ni rudiment de dent, ces kystes naissent presque toujours dans la membrane alvéolo-dentaire. Les kystes appendiculaires sont pédiculés et fixés par un ligament de longueur variable à l'extrémité de la racine d'une dent. Les kystes radiculaires ne sont pas pédiculés et sont placés de telle sorte que la racine de la dent susjacente plonge à l'intérieur du liquide kystique. Les kystes juxtadentaires n'ont d'autre rapport avec la dent que celui d'un simple voisinage.

Histologie. — A la périphérie un stroma fibreux, ayant des rapports étroits avec le ligament alvéolo-dentaire dont il paraît être une émanation. A l'intérieur, une couche épithéliale ne se prolongeant pas sur la racine de la dent incluse.

Symptômes. — L'influence du kyste paradentaire sur la dent sus-jacente est telle que, généralement, presque toujours pourrait-on dire pour les cas où la racine plonge dans le kyste, il se développe une carie nécessitant l'avulsion dentaire.

La douleur est ici plus accusée que dans les cas précédents et provient de l'irritation produite dans l'alvéole distendu. Le volume de ces kystes, très faible, rend la tumeur imperceptible et c'est souvent à l'occasion de l'avultion de la dent que le kyste ignoré est découvert.

Si la carie de la dent est assez pénétrante pour arriver jusqu'à la partie de la racine baignant dans le liquide kystique, un léger écoulement qui persiste s'établit par l'orifice que présente la dent cariée.

OBSERVATION III

(Prise dans le service de M. le professeur Tédenat)

Babiol Guilhaume, 58 ans, de Pézenas. Entré le 6 avril 1909.

Diagnostic : Tumeur du maxillaire inférieur.

Antécédents héréditaires. — Un peu goutteux.

Antécédents personnels. — Rien. Le sujet qui a une bonne santé générale est simplement un constipé chronique.

Début de la maladie il y a 10 ans par une petite tumeur grosse comme une noisette située sur le bord inférieur du maxillaire inférieur, environ au niveau du bord antérieur du masseter. Elle s'est développée ainsi progressivement pendant 3 ans, puis s'est développée rapidement.

On donne au malade comme traitement de l'iodure de K, puis des gouttes de teinture d'iode, frictions d'onguent mercuriel localement, cataplasmes. A la 5e année, deux ponctions de la tumeur donnent l'un un liquide limpide, l'autre rouge grisâtre.

Il y a deux ans et demie on institue un traitement par les rayons X qui a duré un an et demie et qui a compris environ 150 séances. D'abord 3 séances par semaine d'une durée de 7 minutes, puis une seule par semaine d'une durée de 20 minutes. Ce traitement a été abandonné il y a un an devant ses résultats négatifs et des maux de tête qu'il occasionnait. Pendant ce traitement la tumeur est restée stationnaire, mais s'est développée très vite dès qu'on l'a abandonnée

Actuellement, tumeur très volumineuse mesurant 30 centimètres dans le sens antérieur-postérieur et 25 dans le sens transversal. Développée dans tout le massif du maxillaire inférieur elle empiète sur la région sterno cleido-mastoïdienne, arrive en haut jusqu'à l'arcade zygomatique, en avant jusqu'à la commissure labiale, en bas elle s'approche de deux travers de doigts de la clavicule. La tumeur, dépourvue de mobilité, fait saillie dans l'intérieur de la bouche où elle a englobé le rebord alvéolaire. Couleur rosée par riche développement d'un plexus vasculaire superficiel.

Cette tumeur de consistance dure présente quelques points fluctuants, surtout à sa partie inférieure. Le lobule de l'oreille est rejeté en haut, mais n'est pas dédoublé. Le malade n'a jamais ressenti aucune douleur. La peau présente des traces de brûlure.

Le 11 avril, intervention. Anesthésie au mélange parfait. L'opération rapidement conduite ne peu être qu'atypique. On enlève la tumeur par morceaux devant l'impossibilité de reséquer le maxillaire en bloc. On tombe sur de grosses cavités kystiques remplies de liquide noirâtre. La plus grosse est située au niveau de la branche horizontale du maxillaire, l'autre au niveau du condyle. L'opération terminée on a, en dernière analyse, réséqué toute la moitié droite du maxillaire inférieur, depuis la symphyse jusqu'au condyle compris. On ne résèque pas la peau exubérante dans l'espoir qu'elle se

rétractera. On comble la grosse cavité qui reste avec de la gaze iodoformée. Suture aux fils métalliques.

Suites opératoires parfaites. Le malade présente simplement, quelques jours après, à la suite d'un froid, un gros œdème de la joue et des paupières qui disparaît en 48 heures. Le malade peut s'alimenter très facilement et a toujours pu parler.

Le 14 mai, quand il quitte l'hôpital, les téguments de la joue sont revenus sur eux-mêmes et la joue, en dehors des traces de brûlures électriques, a repris sa situation et sa consistance normales. Seule, près du menton, existe une petite bague qui se résorbera progressivement, probablement. Le malade mâche très bien. Les plaies intra-buccale et cutanée sont cicatrisées.

(Voir les photographies ci-contre : 1° avant l'opération ; 2° quelque temps après guérison.)

OBSERVATION IV

Kyste uniloculaire du maxillaire inférieur. In *Revue de chirurgie*, 1888. (Abbaran. Kystes des mâchoires.)

La nommée Langlois Eugénie, âgée de 40 ans, entre, le 6 décembre 1887, dans le service de M. Lucas Championnière, à l'hôpital de Saint-Louis.

Il y a 7 ans, elle remarqua pour la première fois une petite grosseur au niveau de la gencive gauche, près de la racine de la première petite molaire inférieure. Un médecin ouvrit cette tumeur et il s'en écoula un peu de pus. Six mois après, la tumeur réapparut et, deux ans après, une série d'incisions n'amenèrent que l'issue d'un peu de liquide sanguinolent.

La tumeur s'accrut progressivemment, et arriva à déformer la joue. L'an dernier, nouvelle ponction ; on retire un liquide brunâtre. Une intervention chirugicale est conseillée.

Le 6 décembre, la face de la malade est déformée, la joue gauche est tuméfiée, la commissure des lèvres est abaissée de ce côté. Les mouvements de la face sont gênés par la tumeur qui paraît lisse,

régulière, grosse comme un œuf de poule. On peut la circonscrire avec les doigts, elle est fluctuante, surtout au niveau du cul-de-sac gingivo-jugal. La voûte du palais est légèrement abaissée du côté malade. Des deux petites molaires supérieures il ne reste qu'une racine de la première.

Aucun trouble de la salivation, de la déglutition, de la mastication. Jamais d'écoulement par les fosses nasales, à part du coryza fréquent. Aucun trouble de la vue, de l'appareil lacrymal.

Opération : le 8 décembre, la tumeur est mise à nue ; on constate qu'elle s'est développée dans le sinus maxillaire dont elle a enfoncé et usé la paroi antérieure qu'on détruit. Puis on gratte la paroi du kyste qui tient au sinus, on la cautérise au chlorure de zinc. Drainage de la cavité du sinus. Guérison.

Examen histologique : Le liquide brunâtre contenu dans le kyste ne montre au microscope que du sang altéré, des détritus graisseux et quelques cristaux de cholestérine. L'épaisseur de la paroi varie de 1 à 3 millim. ; sa surface interne, brune, recouverte en partie par un dépôt pulvérulent dû au sang, est lisse, il faut le regarder de près pour y distinguer par places de petites irrégularités.

A la coupe, la paroi est formée en dehors par du tissu conjonctif faxiculé, disposé en lamelles parallèles dans leur ensemble à la surface du kyste, en dedans, ce tissu se continue assez brusquement avec une couche embryonnaire de petites cellules qui, du côté de la cavité kystique, est délimitée par une ligne irrégulière présentant quelques enfoncements séparés par des parties saillantes.

Remarquez que, dans cette partie embryonnaire de la paroi, les éléments cellulaires sont séparés par une assez grande quantité de substance fondamentale et que, dans sa partie la plus interne, elle prend un aspect myxomateux.

Reposant sur la couche précédente, et limitant la cavité kystique, existe une mince bordure épithéliale masquée en partie par la présence du sang. Cette couche très mince est réduite à deux ou trois épaisseurs de cellules aplaties au niveau des parties saillantes de la couche embryonnaire, tandis que, plus nette au niveau des enfon-

cements, elle paraît formée presque partout par des cellules pavimenteuses aplaties, et dans certains endroits on voit les cellules correspondant à la partie centrale de la bordure épithéliale prendre un aspect vaguement étoilé. Par dissociation à l'alcool au tiers et le sérum iodé on trouve des cellules nettement étoilées.

La couche épithéliale n'envoie que de rares bourgeons dans la paroi kystique. Les examens répétés sur de nombreuses coupes montrent quelques-uns de ces bourgeons formés par des cellules pavimenteuses ; l'un d'entre eux présente des globes épidermiques.

Le kyste est très vasculaire. Un fin réseau de capillaires embryonnaires parcourt toute la portion de la paroi constituée par du tissu embryonnaire.

Petites hémorragies intersticielles par places.

SARCOMES DU MAXILLAIRE

DÉFINITION ET DIVISION

Au point de vue général l'ostéosarcome n'est autre chose que le sarcome des os. Pour l'anatomo pathologistes c'est un néoplasme dû à la prolifération anormale des cellules de l'ossification médullaire d'une part et des cellules de l'ossification périostique d'autre part.

Suivant leur localisation initiale on peut les diviser en trois groupes : 1° L'épulis qui débute au niveau des arcades alvéolo-dentaires ; 2° le sarcome central ou myélogène, qui débute en plein massif osseux ; 3° le sarcome périphérique ou périostique qui débute sous le périoste. Rare au maxillaire inférieur cette dernière variété n'en existe pas moins ; mais de ces 3 catégories de néoplasmes, ce sont les sarcomes centraux qui sont les plus fréquents au maxillaire inférieur.

Caractères microscopiques. — L'anatomo-pathologiste ne

s'arrête pas à cette définition et différencie ces diverses tumeurs non plus d'après leur siège, mais bien d'après leurs caractères histologiques.

Les sarcomes des machoires présentent une très riche variété histologique. Adoptant l'ordre que leur a assigné Ombrédane, nous en distinguerons par ordre de fréquence un certain nombre.

1° Tumeurs à myéloplaxes. — Généralement ces tumeurs se présentent sous forme d'épulis. Elles présentent deux parties à étudier : un élément fondamental et une trame.

L'élément fondamental est constitué par les myéloplaxes ou cellules géantes possédant 15 à 20 noyaux différenciés des cellules géantes de la tuberculose, parce que les noyaux sont disséminés sans ordre à l'intérieur de la cellule.

Ces éléments fondamentaux sont contenus dans une trame composée de travées de tissus fibreux à réseau plus ou moins serré. De nombreux vaisseaux parcourent la trame et pourront plus tard donner à la tumeur un aspect anévrysmal.

2° Sarcome encéphaloïde ou globocellulaire. — Constituée par des cellules rondes qui ont par conséquent une forme les éloignant le plus possible de la forme des cellules osseuses adultes, ces tumeurs sont particulièrement malignes.

3° Sarcome fasciculé ou fuso-cellulaire. — Plus fréquentes à la machoire inférieure, ces tumeurs se rapprochent un peu plus, de par la forme de leurs éléments, des cellules osseuses adultes. Elles ont donc un caractère de gravité moindre que les tumeurs à cellules rondes. Les cellules fuso-cellulaires sont comparables par leur forme aux fibres lisses et, dans ces néoplasmes, elles affectent déjà une disposition régulière en faisceaux.

4° Les sarcomes osteoïdes et ossifiants. — Ces tumeurs présentent des aiguilles calcifiées qui parties de l'os sain traversent la tumeur. Il y a des ostéoblastes, mais jamais ces

tumeurs ne prennent l'apect microscopique de l'os à l'état adulte.

Quand l'os néo-formé parvient à une constitution histologique semblable à celle de l'os adulte, la tumeur constitue une 4^{me} variété de ce groupe, le sarcome ossifiant.

ETIOLOGIE

Il n'y a rien d'étonnant que l'évolution dentaire par l'irritation qu'elle procure ne soit une cause de développement de l'ostéosarcome chez un prédisposé. Ceci ne doit pas cependant être absolu, car ces tumeurs peuvent s'observer à tous les âges de la vie. Un traumatisme, une altération des dents ne peuvent-ils favoriser le développement de la maladie? Dans l'observation n° VI ne peut-on considérer l'opération antérieure subie par la malade (résection de l'articulation temporo-maxillaire) comme un traumatisme ayant favorisé l'apparition de la tumeur? D'après certains auteurs les femmes payeraient un plus lourd tribut que les hommes à ces tumeurs du maxillaire inférieur ; mais on ne nous donne pas de raisons sérieuses pour l'expliquer et le prouver.

SYMPTOMES

La meilleure division clinique des sarcomes du maxillaire inférieur est basée sur leur localisation. Nous avons vu que, d'après leur point d'implantation, on divisait ces néoplasmes en trois groupes : 1° l'épulis, 2° le sarcome central, 3° le sarcome sous-périostique ; et c'est cette ordination que nous adopterons pour faire l'étude clinique de cette affection.

A la période de début, la symptomatologie variera avec la localisation de la tumeur ; l'évolution elle-même changera suivant que l'on aura à faire à un sarcome encéphaloïde dont la marche sera rapide ou à un sarcome fuso-cellulaire.

1° Epulis. — La douleur initiale, attribuée souvent à une dent que le développement de la tumeur ébranlera au point quelle tombera spontanément, sera quelquefois violente. Au niveau de l'alvéole vide apparaîtra la petite tumeur.

En grossissant, la tumeur deviendra rouge, allant de plus en plus vers le violet. Gênant la mastication, elle pourra, comme tout corps étranger, par l'irritation qu'il produit, provoquer la sialorrhée. Elle soulèvera plus tard la joue, se traduisant à l'extérieur par une tumeur ayant l'apparence d'une fluxion.

Point de douleur provoquée ; la muqueuse gengivale est saine ; pas d'adhénopathie dans les ganglions correspondants.

2° Sarcome central. — a) *Tumeur*. — C'est souvent le premier signe qui attire l'attention du malade ; elle progresse lentement en écartant les deux tables externe et interne de l'os jusqu'au moment où elle deviendra sous-périostée par suite de la disparition de la table externe. C'est à cette période qu'elle évoluera plus rapidement formant une tuméfaction de la joue de plus en plus considérable. On a vu la tumeur descendre dans certains cas jusqu'au sternum.

b) *Consistance de la tumeur*. — Elle est dure tant que la coque osseuse enveloppant la tumeur est assez épaisse ; mais à mesure qu'elle s'amincit, on voit apparaître la crépitation parcheminée, sensation comparée à celle qui résulte de la dépression d'une plaque de parchemin. Dans les sarcomes

encéphaloïdes qui présentent par endroits des petites cavités remplies d'un liquide roussâtre ou de sang coagulé, le doigt peut percevoir une fausse sensation de fluctuation.

c) *Douleurs.* — Elles sont plutôt le propre des sarcomes centraux lorsqu'elles existent au début ; elles adoptent alors généralement la forme névralgique ; la douleur peut aussi faire défaut ou même s'accompagner d'anesthésie du menton.

d) *Sialorrhée.* — Une tumeur intrabuccale en irritant les terminaisons nerveuses de la muqueuse produit une congestion qui aboutit à une salivation abondante. Lorsque le sarcome a atteint un volume considérable, la salive est difficilement retenue et s'écoule au dehors ; les malades bavent continuellement.

e) *Hyperthermie locale.* — Certains auteurs l'ont rencontrée, appréciable à la main, dans les tumeurs à accroissement rapide. Cette hyperthermie locale coïncide souvent avec l'hyperthermie générale que Verneuil avait signalée sous le nom de « fièvre des néoplasmes ».

f) *Ganglions.* — Les ganglions ne sont pas atteints lorsque la tumeur est restée intra-osseuse. Mais lorsque la coque osseuse a été rompue, lorsque la masse néoplasique a bourgeonné au dehors, et qu'une infection inévitable s'est greffée sur la tumeur, les métastases se produisent nombreuses et les chaînes ganglionnaires présentent des éléments sarcomateux.

g) *Cachexie.* — La tumeur livrée à elle-même finit par adhérer à la peau qui change de couleur, s'infiltre et puis s'ulcère. Le malade alors maigrit et pâlit. Mais cette cachexie a ceci de particulier qu'elle pourra rétrocéder et disparaître si

le chirurgien intervient assez tôt après que la néoplasie a infiltré la peau de la joue.

h) *Métastases.* - Les métastases se font dans les viscères, surtout dans les poumons ; mais c'est rarement à la suite d'une de ces localisations secondaires que le malade meurt ; c'est plutôt à la suite de la cachexie progressive s'accompagnant de fièvre et de diarrhée profuse.

Sarcome périostique. — C'est la forme la plus rare (Ombrédane). D'ailleurs elle est beaucoup moins fréquente au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur.

De consistance dure et parfois lobulées, ces tumeurs ont une forme excessivement lente. La douleur ne s'installe que beaucoup plus tard.

OBSERVATION V (professeur Tédenat)

Sarcome myéloïde du maxillaire inférieur. Trois excisions au thermocautère dans l'espace de 15 jours. Hémorragies anémiantes. Résection de la moitié droite du maxillaire inférieur; la tumeur avait envahi le canal dentaire dans presque toute sa longueur. (Observation recueillie par M. Ivanoff, interne à la clinique privée du professeur Tédenat).

Pierre M..., âgé de 16 ans, habitant à Uzès. Bonne santé, dents en excellent état. Dans les premiers jours d'octobre 1908, douleurs au niveau de la deuxième grosse molaire droite, s'irradiant dans toute la mâchoire. La dent non cariée un peu branlante est arrachée par un dentiste de Nîmes. Hémorragie assez abondante pendant cinq ou six heures. Les douleurs persistent aussi vives. Une tumeur molle, de couleur rouge sombre paraît hors de l'alvéole de la dent arrachée. Cinq jours après, le malade retourne à Nîmes ; la tumeur du volume d'une noisette est détruite au thermocautère. Hémorragie abondante. Six jours après, la tumeur ayant reparue saignante, la même

opération est pratiquée. Hémorragie abondante, tenace, malgré le tamponnement de l'alvéole avec de l'ouate imbibée de solution d'antipyrine, de perchlorure de fer. Le malade retourne de Nîmes très anémié et consulte de docteur Colomb, qui l'adresse à M. Tédenat le 18 novembre 1908.

Le malade est d'une pâleur extrême, dans un état d'anémie grave. Malgré le pansement, le suintement sanguin continue. La contracture des mâchoires empêche leur écartement, fétidité de la bouche, un peu de tuméfaction en arrière de l'angle du maxillaire.

19, 20 novembre. Ecartement des mâchoires avec le Larrey. Lotion antiseptiques. Lait, œufs. Lavements à garder de sérum chloruré. La tumeur violacée avec îlots sphacéliques a les dimensions d'une grosse noix. Elle remplit l'alvéole de la deuxième grosse molaire. En arrière, existe un boursouflement indiquant que la tumeur se prolonge dans le corps de l'os. Le malade souffre dans toute la mâchoire. Il est très affaibli, très anémié.

21 décembre. Le gonflement inflammatoire rétro-maxillaire a presque disparu. Après anesthésie au mélange C. E. le maxillaire inférieur dans sa partie droite est désarticulé à partir de la canine conservée. L'opération est facile, rapide, sans hémorragie. La plaie est suturée après pose d'un drain et arrière. Gaze iodoformée dans la cavité buccale.

Suites opératoires apyrétiques : lavages de la cavité buccale 3 fois par jour. Drain enlevé le 8e jour. Sutures enlevées le 10e jour. Réunion parfaite. Le malade quitta la maison de santé le 21e jour, machant bien et ayant engraissé de trois kilogr.

La tumeur (Sarcome myéloïde) avait érodé le canal dentaire large de 8 à 15 millimètres suivant les points depuis l'alvéole de la deuxième molaire jusqu'à la partie moyenne de la branche montante.

L'opéré se porte bien et n'est pas gêné pour la mastication; la déformation est à peine marquée.

OBSERVATION VI

Sarcome ostéoïde du maxillaire inférieur chez une malade opérée de résection de l'articulation temporo-maxillaire pour arthrite. Ablation par résection de l'os. Guérison. Ledoux et Duhain, in *Journal des sc. méd. de Lille*, 1902.

G. Maria, ménagère, est admise à la Charité, dans le service de M. le professeur Duret, le 21 juin 1901, pour une tumeur du maxillaire inférieur. Il y a un an, à la même époque, cette malade a été opérée dans le service, d'arthrite temporo-maxillaire du même côté (*Bulletin* de 1900, page 285). Peu après apparut au niveau de la région opérée une petite tuméfaction que l'on crût de nature inflammatoire. Après être restée longtemps stationnaire, cette tuméfaction a pris depuis 4 mois un développement rapide.

Elle atteint aujourd'hui 14 centimètre en hauteur et 13 en largeur. Elle occupe la région de la branche montante du maxillaire ; la tumeur fait une saillie qui diminue la capacité du conduit auditif ; en bas, elle atteint l'angle de la mâchoire que l'on peut sentir cependant. En avant, elle avance sur la joue jusqu'à un travers de doigt de la commissure labiale. En haut, elle envahit un peu la fosse temporale. Peau très tendue et rosée. La cicatrice n'a pas de caractères spéciaux. Mobilité normale des téguments. La tumeur a une consistance dure, cartilagineuse, parsemée de noyaux plus durs. L'occlusion de la paupière n'est pas tout à fait complète. La tumeur fait corps avec le maxillaire. Douleurs en arrière et au niveau de l'émergence du facial; ce nerf est intact. Sensibilité conservée partout. Pas de dégénérescence ganglionnaire.

Antécédents : Rien qui explique l'apparition de cette tumeur.

Opération : Pratiquée le 25 juin 1901. La tumeur étant découverte par une incision verticale commençant à 4 travers de doigt au-dessus du conduit auditif, on dénude la branche horizontale du maxillaire au niveau de la canine ; on sectionne avec la petite scie à main

le corps de la branche horizontale. On sectionne l'os malaire près de la tubérosité maxillaire et par plusieurs pesées avec le davier on fait sauter l'ostéosarcome de sa loge.

L'ablation est complète; il paraît exister plusieurs ganglions enflammés que l'on recueille pour l'examen. On ne trouve aucune trace de la parotide; la sous-maxillaire est intacte. On referme la muqueuse buccale par une suture au catgut et à la soie. Bourrage de la cavité avec de la gaze. Drain sus-hyoïdien, suture au crin de Florence ; pansement.

Examen de la pièce : La masse néoplasique dans son ensemble à le volume du poing. Elle est arrondie et présente à sa surface une série de lobules durs, de consistance osseuse. La tumeur s'est surtout développée au-dehors sur la face externe du maxillaire. A la section on remarque des parties molles. En certains points du tissu dur, avec des aréoles, paraissant être du tissu osseux. Au centre de la tumeur il semble exister du tissu osseux compact. A ce premier examen, il semble que l'on soit en présence d'un ostéome.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Augier a en tous points confirmé ce diagnostic.

27 juin. Œdème assez marqué de la paupière obturant l'œil. La température est de 38°5.

28 juin. Pouls 108. Température 37°4. On retire la gaze iodoformée que l'on remplace ensuite.

Les jours suivants on trouve dans le fond de la plaie des débris sphacélés; le malade est alors alimenté avec la sonde et dans les jours qui suivent l'état de la plaie s'améliore. Les tissus commencent alors à bourgeonner et la cicatrisation se fait. L'état de la malade est excellent.

Elle quitte bientôt l'hôpital avec une guérison complète.

OBSERVATION VII (prof. Tédenat).

Ostéome de l'angle gauche du maxillaire inférieur développé surtout à la face interne. Excision, guérison.

Alexandre D..., 24 ans, entre à la salle Bouisson N° 7 dans le service de M. Tédenat, le 24 novembre 1897.

Rien à noter dans les antécédents qu'une scarlatine à 11 ans. Depuis cinq ou six ans une tumeur se développe au dedans de l'oreille. Son développement, lent d'abord, a été plus rapide depuis cinq ou six mois. Il y a un peu de gêne dans l'ouverture de la bouche. La tumeur fait une saillie très notable. Elle a le volume d'un gros œuf de poule; très dure, finement lobulée, elle fait corps avec l'angle du maxillaire et fait en dedans une saillie notable.

28 nov. Anesthésie avec le mélange ACE, incision encadrant l'angle du maxillaire se prolongeant à trois centimètres le long de la branche montante, de quatre le long du bord inférieur de l'oreille. Le masseter est décollé sur une hauteur de deux centimètres; les insertions du ptérygoïdien interne sont décollées à la rugine. La tumeur est mise à nu. Elle est péniblement séparée de l'os auquel elle se fixe par un court pédicule du volume du doigt et long de 4 centimètres environ, hémorragie insignifiante. Le masseter et le ptérygoïdien sont suturés au catgut l'un à l'autre par leurs bords inférieurs. Suture des téguments après pose d'un drain.

2 déc. Drain enlevé, plaie en bon état.

5 déc. Points de suture enlevés. Réunion parfaite, sauf au niveau du drain dont l'orifice n'est fermé que le 12 décembre. Guérison parfaite le 15 décembre.

La tumeur du volume d'un œuf de poule est constituée par une portion centrale formée de tissus spongieux à larges alvéoles remplies d'une moelle rouge violacée et d'une coque périphérique épaisse de cinq à douze millimètres de tissu éburné dont la surface est finement lobulée, ayant l'aspect d'un choufleur.

OBSERVATION VIII

Sarcome ostéoïde du maxillaire inférieur. Résection. Guérison par MM. Ch. Lenormant et P. Lecène, *in* Tomasini. Thèse de Paris, 1908.

Fille de 13 ans, entrée le 6 novembre 1904, à l'hôpital Hérold. La branche horizontale du maxillaire inférieur présentait à gauche une tumeur fusiforme, régulière, faisant une saillie du volume d'un œuf.

Cette tumeur s'est développée insidieusement; sans jamais être douloureuse ; surface lisse ; la peau et la muqueuse sont normales ; consistance uniformément dure ; pas de point dépressible ; pas de crépitation parcheminée ; du côté de la tumeur le maxillaire ne présente que deux molaires; une a été arrachée. Pour ces raisons on pense à un kyste dentifère.

Pour vérifier le diagnostic on fait une ponction exploratrice du kyste supposé. La seringue de Pravaz ne ramène que du sang pur; c'est donc une tumeur solide centrale du maxillaire.

Première opération le 1er décembre 1904. — La muqueuse est incisée sur la tumeur dans le sillon gengivo jugal; le périoste est décollé. La coque osseuse est défoncée avec la gouge. On tombe sur une tumeur solide, élastique, assez friable qui n'adhère pas aux parois de la loge. Cette loge est lisse et régulière. On enlève à la curette le tissu néoplasique. On arrête l'hémorragie au moyen d'un tamponnement fait avec de la gaze imbibée d'une solution aseptique d'antipyrine.

Suites : L'hémorragie ne s'est pas reproduite. La malade se remonte vite.

Les fragments de tumeur examinés par Lecène montrent l'existence d'une sarcome ostéoïde, et fait conclure à la nécessité d'une intervention plus large (résection).

On veut tenter un essai de traitement radiothérapique. L'effet en a été absolument nul. La tumeur a continué pendant le traitement à augmenter rapidement. A la fin de janvier 1905 son volume avait

triplé. En outre, deux ganglions sous-maxillaires étaient augmentés de volume. La résection de cette portion de l'os était indispensable.

Deuxième opération (1er février 1905). — On commence par curer la fosse sous maxillaire, enlevant les ganglions hypertrophiés et liant les vaisseaux faciaux. On dénude les deux faces du maxillaire en respectant la muqueuse buccale. On ne décolle pas le périoste. On sectionne le maxillaire partiellement à la pince coupante, en avant sur la ligne médiane, en arrière obliquement au niveau de l'angle de la mâchoire. Après hémostase on incise la muqueuse buccale sur les deux faces de l'os. On achève la section par deux coups de pince coupante; on extrait le fragment qui s'écrase entre les mors du davier.

On ferme immédiatement la bouche par un surjet au catgut unissant la muqueuse du plancher et la muqueuse de la joue. L'incision cutanée est ensuite suturée en ménageant à chaque extrémité un passage pour les mèches de gaze. Les suites ont été bonnes.

Au 17 février, la cicatrisation est complète sauf au niveau des points où passaient les mèches de gaze.

L'examen de la pièce montre que le néoplasme a creusé l'os en séparant ses deux tables; sur une coupe du maxillaire inférieur passant par le niveau de la tumeur on voit que ce néoplasme intra-osseux a complètement détruit tout le centre de l'os et qu'il ne reste plus que deux minces lames de substance osseuse normale en dehors. Après décalcification complète de la pièce dans l'acide picrique et azotique, on pratique un certain nombre de coupes histologique qui présentent toutes le même aspect : au milieu d'un tissu conjonctif formé surtout de cellules fusiformes à volumineux noyaux on trouve un grand nombre d'îlots qui représentent de petits nodules osseux microscopiques contenant au plus un ou deux ostéoblastes. Fait à remarquer : les cellules fusiformes en s'entourant d'une coque de sels calcaires forment les îlots osseux. On ne retrouve pas les figures normales de l'ossification avec ostéoblastes typiques et espaces médullaires interposés aux noyaux de substance osseuse. En un mot ce sont des coulées sarcomateuses qui forment les espaces médullaires et ce sont les cellules néoplasiques pour la plupart fusiformes

qui jouent le rôle d'ostéoblastes. En quelques points il existe de grandes cellules plurinucléées qui rappellent absolument les ostéoblastes de l'ossification normale.

M. Tomasini fait suivre les réflexions suivantes : le traitement radiothérapique commencé dans les premiers jours de décembre 1904, et continué jusqu'en janvier 1905, a été absolument nul dans ses effets, puisque la tumeur, pendant ce laps de temps, n'a fait que progresser au point de tripler de volume.

OBSERVATION IX

Ostéosarcome central du maxillaire inférieur ; résection sous-périostée de la moitée droite de la mâchoire. Guérison J.-L. Reverdin, in *Rev. méd. de la Suisse rom.* Genève, 1885, p. 538.

R... Adolphe, 18 ans, étudiant en théologie, de La Mastre (Ardèche). R... vient me consulter au mois de novembre 1882 pour une tumeur du maxillaire inférieur, qui fait une forte saillie au-dessous du bord inférieur de la moitié droite de la branche horizontale. C'est un jeune homme vigoureux, qui n'a jamais été malade. Il n'y a dans sa famille personne qui, à sa connaissance, ait été atteint de tumeurs ou d'affections cancéreuses. Son père est en parfaite santé ainsi que sa mère ; son frère et ses sœurs sont bien portants ; l'une de ses sœurs, cependant, a manifesté quelques signes de scrofule.

Il y a un an et demi environ, il s'aperçut qu'il se formait une grosseur dure au bord inférieur de la mâchoire à droite, près de l'angle du maxillaire ; la tumeur s'accrût lentement, mais cet accroissement n'était pas régulier ; il se faisait parfois plus rapidement, puis il semblait qu'une diminution s'opérât. La tumeur existait depuis quelque temps lorsque le malade, croyant en trouver la cause dans une dent surnuméraire placée devant la canine droite, fit arracher l'une et l'autre ; c'était en novembre 1881. Comme l'accroissement ne fut nullement arrêté et qu'il y avait de la salivation, il fit encore extraire la première grosse molaire qui était ébranlée et correspondait au siège de la tumeur (février 1882) ; il se

développa alors une sorte d'excroissance volumineuse dans la gencive vidée, mais elle s'affaissa d'elle-même peu à peu. Depuis lors, la tumeur a continué à augmenter, accompagnée de douleurs sourdes dans toute la partie droite du maxillaire ; il n'y a jamais eu d'élancements.

Actuellement on trouve une grosse tumeur, bilobée, dure, osseuse, qui double environ la hauteur de la branche horizontale ; elle occupe tout l'espace qui sépare l'angle de la mâchoire à droite du trou mentonnier droit. La distance qui sépare l'oreille du bord inférieur de la tumeur est de 11 centimètres, tandis qu'on ne trouve que 6 centimètres de l'oreille gauche au point correspondant du bord maxillaire gauche ; la longueur du rebord de la tumeur est de 13 centimètres.

La peau est partout saine, souple et mobile ; on peut facilement s'assurer que la tumeur est parfaitement dure, qu'elle présente au niveau du passage de l'artère faciale un sillon vertical qui lui donne sa forme bilobée, et qu'à ce niveau se trouvent deux ou trois petits ganglions durs et mobiles. Pas de douleurs à la pression. La gencive, correspondant à la première grosse molaire, est tendue, molle et bleuâtre ; une ponction exploratrice, faite à ce niveau, ne donne que du sang ; on sent, en dehors, le rebord dur et tranchant de l'alvéole ; en dedans, au contraire, l'os distendu, quoique faiblement, est réduit, jusqu'au fond du sillon linguo-maxillaire, à une coque très mince qui plie sous le doigt. La deuxième prémolaire est un peu ébranlée. L'état général est parfait ; il n'y a pas de trace d'amaigrissement. Le cœur, les poumons, le foie, la rate sont normaux.

Le 7 décembre 1882, le malade entre dans notre clinique particulière pour être opéré. Le diagnostic est ostéosarcome probablement à myéloplaxes ; je suppose de plus que la tumeur est circonscrite, enkystée et pourra être enlevée par évidement.

Opération sans anesthésie le 8 décembre. — Incision le long du bord inférieur de la tumeur ; les artères sont liées à mesure, la faciale est découverte et sectionnée entre deux ligatures de catgut, les trois petits ganglions sont extirpés.

Le périoste incisé est séparé de l'os avec la rugine, puis l'os est

attaqué avec la gouge, le ciseau et le maillet, le long d'une ligne correspondant au siège du bord normal de la branche horizontale ; l'os présente au moins deux tiers de centimètre d'épaisseur ; il est vascularisé, mais dur ; la tumeur mise à nu se trouve être diffuse, non circonscrite ; j'évide la cavité avec les doigts et avec la cuillère tranchante : hémorragie très abondants qui oblige à s'arrêter par moments et à tamponner ; nous constatons que l'os est envahi d'une part jusque vers la ligne médiane du menton, et d'autre part très haut, au moins jusqu'au tiers supérieur de la branche montante. Il faudrait évidemment pratiquer la résection de la moitié droite du maxillaire, mais les parents du malade, demeurant en France, nous nous arrêtons là, tamponnons la cavité, (la muqueuse buccale, a été respectée) avec des éponges imbibées d'eau de Pagliari.

Le 23 décembre, le père du malade étant présent et consentant, je procède à la résection avec l'aide des docteurs A. Réverdin, Redard, Vauthier et Wartman.

Esthérisation. — L'incision est prolongée jusqu'à l'angle de la mâchoire d'une part, jusqu'à la ligne médiane d'autre part ; sur sa terminaison en ce point je fais tomber une seconde incision verticale qui divise le menton sur la ligne médiane et s'arrête en haut à un travers de doigt au-dessous de la lèvre ; les ligatures d'artères sont faites à mesure. Je décolle, soit avec la rugine, soit avec le doigt, le périoste, ce qui est très facile sur la face antérieure de la branche horizontale et aussi haut que possible sur la branche montante ; je le décolle également à la face interne, le plus loin que je peux. Je perfore alors la muqueuse buccale en avant et en arrière du maxillaire, sur la ligne médiane ; l'incisive droite enlevée, je fais passer la scie à chaîne avec une pince par la perforation et scie l'os. J'achève alors le décollement du périoste, je fais basculer la mâchoire et coupe avec une cisaille l'apophyse coronoïde, tout près de sa pointe. Il ne reste plus que l'articulation à luxer et la muqueuse buccale à inciser, et il n'est pas entré de sang dans la bouche, sauf par le fait de l'avulsion de la dent ; je coupe rapidement la muqueuse et luxe très facilement l'os ; celui-ci arrive parfaitement net sans aucun débris de périoste ni d'autres parties molles.

Il reste une partie de la tumeur avec sa coque mince en bas, on l'enlève aux ciseaux ; elle est traversée par le nerf dentaire. La plaie nettoyée, les deux lèvres de la muqueuse sont cousues ensemble dans tout le sillon laissé par la section ; la langue, dans laquelle un fil a été passé, n'a pas de tendance à se renverser.

Suture de la plaie cutanée, deux drains remontant jusqu'à l'articulation ; le fil lingual est fixé à l'une des sutures du menton. Le malade a très peu perdu de sang ; après la première opération il y avait une légère paralysie de la lèvre inférieure ; elle n'a pas augmenté après la seconde opération.

Pansement de Lister : Le 25 décembre. — Pansement ; j'ôte le fil de la langue ; peu de suintement, un peu d'odeur, gonflement notable de la face. Le soir, il se produit un œdème considérable de la joue, de la paupière et de la région mastoïdienne ; c'est œdème s'est étendu le 26 à la région occipitale, puis a diminuée rapidement ensuite.

Pansement le 27 au matin ; plaie en parfait état ; j'ôte un drain. Le 29, j'ôte le second drain ; la muqueuse buccale s'est réunie par première intention. Le 30 décembre, réunion presque complète, encore un peu de gonflement vers le menton ; le malade se lève un moment. Il est de nouveau pansé le matin du 2 janvier ; la réunion est complète sauf en deux petits points ; le gonflement a disparu. Catérisation au crayon ; simple cravate. Le malade se lève à 10 heures et se couche à 6 heures. Il mange facilement de tout, viande, etc. Il parle absolument bien ; la moitié gauche du maxillaire est à peine déviée La température pendant tout ce laps de temps n'a jamais dépassé 39°. Elle s'est maintenue quelques jours aux environs de 38° et depuis le 30 décembre elle est revenue à la normale.

Le malade, qui a été levé toute la matinée et la soirée du 3, quitte la clinique le 4 ; il n'y a plus que deux petits bourgeons que je cautérise. Le 8, cautérisation au crayon. Le 1er février le malade part pour son pays ; il reste une fistulette au niveau du menton, le stylet n'arrive pas sur l'os. La joue est souple ; pas de trace de récidive ; l'état général est excellent. Le malade mange et parle très facilement sans pièce prothétique ; l'exploration de la bouche fait sentir une sorte de lame un peu dure, paraissant fibreuse, au niveau de

l'os enlevé. La branche gauche du maxillaire est très peu déviée à droite; la difformité est à peine visible extérieurement.

Le jeune opéré revient me voir dans le courant du mois d'avril 1883. L'état général est excellent; le visage vu de face ne présente pour ainsi dire rien d'anormal, pas d'asymétrie ; de profil on constate un enfoncement marqué de la cicatrice derrière l'angle de la mâchoire; et un méplat prononcé au niveau de la branche montante. Les dents sont peu déviées.

Parole et articulation absolument faciles. Je constate qu'il s'est fait une importante reproduction osseuse.

Le 6 juin 1883. — Je présente l'opéré à la Société médicale de Genève; la reproduction osseuse a beaucoup augmenté de volume, et il n'y a toujours aucune trace de récidive. L'état général est parfait.

En octobre 1884. — Je revois le jeune homme; pas de traces de récidive. Je le rencontre au printemps 1885 : sa santé générale est excellente, il n'est nullement gêné par la perte de son maxillaire; la reproduction osseuse ne me paraît avoir diminué ni augmenté depuis l'année dernière.

La tumeur a été remise à M. le professeur Zahn ; c'est un sarcome à myéloplaxes; les cellules gigantesques, très belles, constituent presque à elles seules le tissu néoplasique ; ce tissu présentait une coloration rouge foncé et une consistance fragile. Malheureusement les ganglions n'ont pas été examinés.

Conclusion de l'auteur. — Comme on l'a vu, j'ai cru d'abord avoir affaire à une tumeur enkystée, comme on en rencontre quelquefois dans le maxillaire inférieur et comme j'en avais vu un exemple autrefois, à la clinique de Billroth, à Vienne; il n'en était rien; c'était bien un sarcome à myéloplaxes, un ostéosarcome myélogène, mais au lieu d'être contenu dans une excavation osseuse, il pénétrait de toutes parts dans le tissu du maxillaire. Pour bien faire, il eut fallu, séance tenante, pratiquer la résection; des circonstances particulières m'ont obligé à tarder; fort heureusement ce délai n'a pas eu de suites fâcheuses. Il est vrai qu'il s'agissait d'un sarcome

relativement bénin parmi les sarcomes, et que les ablations partielles, les interventions incomplètes ne présentent certainement pas les mêmes dangers que pour les autres sarcomes; témoins les épulis que l'on voit si souvent encore enlever incomplètement, sans que cela ait généralement d'autres inconvénients que de préparer une récidive locale. Néanmoins, si pareil cas se présentait à moi, j'agirai autrement, et je ne toucherais à la tumeur qu'avec la résolution et la possibilité d'aller jusqu'au bout de mon intervention dans la même séance.

La résection du maxillaire a été opérée par la méthode sous-périostée, qui a permis d'espérer une reproduction osseuse plus ou moins complète.

On a vu par l'observation que la guérison a été rapide et qu'un nouveau maxillaire n'a pas tardé à se former; aussi l'opéré ne présente-t-il pas cette dyssymétrie choquante de la face, qui est la conséquence de l'absence d'une moitié du maxillaire: la déviation est si peu marquée qu'elle n'atteint pas la moitié de la largeur de l'incisive. Voici tantôt trois années écoulées et aucune récidive ne s'est produite; je crois donc avoir eu raison d'adopter, malgré la nature de la tumeur, la méthode sous-périostée, j'ai vu du reste avec satisfaction que E. Bockel, s'est conduit de la même façon dans un cas analogue.

Il y a dans mon observation un fait intéressant au point de vue étiologique : c'est au niveau d'une dent surnuméraire que la tumeur s'est développée. Cette relation entre une aberration du développement et la production d'un néoplasme n'est point rare comme on sait, et constitue un des meilleurs arguments en faveur de la théorie de Conheim. Je suis loin, pour ma part, d'adopter cette théorie d'une façon générale ; il y a certainement de nombreuses tumeurs pour lesquelles elle ne peut-être admise, mais il y en a peut-être d'autres auxquelles elle s'adapte, et l'on ne peut considérer comme le fait d'une simple coïncidence la relation que je signalais tout à l'heure ; les exemples sont trop fréquents.

DIAGNOSTIC

DES TUMEURS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Il semblerait, à la lecture des travaux qui ont été publiés sur les tumeurs des mâchoires, que le diagnostic différentiel soit relativement aisé. En réalité, il n'en est rien et dans la grosse majorité des cas, le chirurgien qui va opérer, sait seulement qu'il se trouve en présence d'une tumeur qui nécessite son intervention, mais il ignore le plus souvent la nature de cette tumeur.

Un kyste du maxillaire inférieur peut être confondu avec toute tumeur volumineuse de cet os. On prend généralement un kyste pour un sarcome, et inversement. La fluctuation indiquée par les auteurs comme propre au kyste, n'apparaîtra que dans de rares cas, où la coque osseuse sera tellement mince ou disparue, qu'elle permettra aux doigts de percevoir ce signe. La ponction exploratrice ne sera possible que dans le cas où l'épaisseur de la table du maxillaire permettra de faire cette ponction. On a indiqué aussi comme élément de diagnostic, la transparence. L'infection ganglionnaire est nulle ; mais ce signe se retrouve dans la plupart des cas de tumeur du maxillaire.

L'absence d'une dent au point où siège la tumeur a une autre valeur et permet de penser à un kyste dentifère, ou à un adamantome.

Un ostéosarcome peut être confondu avec une syphilis tertiaire. Le traitement spécifique dans ces cas tranchera le diagnostic. Les auteurs à ce sujet ne disent pas, comme pour le cancer de la langue, si le traitement spécifique aggrave

un ostéosarcome et accroît sa marche. Enfin la néoformation syphilitique n'acquiert jamais le volume considérable d'un ostéosarcome.

Les tumeurs épithéliales de la mâchoire non ulcérées rendent le diagnostic délicat. Cependant on note un engorgement ganglionnaire assez précoce et des douleurs survenant assez tôt.

Quant aux tumeurs bénignes, l'examen histologique peut seul, au début, permettre de les affirmer.

TRAITEMENT

L'odontome est justiciable d'une énucléation.

L'adamantome doit être extirpé avec beaucoup de soins et d'attention, car cette tumeur récidive lorsque l'ablation a été incomplète.

Les kystes adamantins récidivent aussi souvent, on les extirpera avec soin ; le plus souvent une résection plus ou moins complète de la moitié du maxillaire sera nécessaire.

Les kystes uniloculaires sont extirpés par la voie buccale. Les parois de la poche seront détruites avec une spatule mousse.

Les kystes appendiculaires ne sont justiciables que de l'avulsion de la dent correspondante.

Quant aux sarcomes, il convient de distinguer les sarcomes superficiels et peu volumineux que l'on enlève à la gouge et les sarcomes centraux qui nécessitent une plus grande intervention. Pour ceux-là, la résection de la moitié correspondante du maxillaire est nécessaire. Ombrédane conseille de laisser, si cela est possible une baguette osseuse au niveau du rebord inférieur de l'os.

Quant au traitement radiothérapique, il paraît n'avoir fourni quelques succès que dans des cas où on le faisait intervenir pour maintenir la guérison chez des sarcomateux opérés. La maladie aurait-elle récidivé sans cela ? Mais on a le tort aujourd'hui de vouloir substituer le traitement par les rayons de Rœtgen à l'intervention chirurgicale, et nombreux sont les cas où la maladie n'a seulement pas rétrocédé, mais avancé rapidement au cours du traitement. « La chirurgie la plus conservatrice, a dit Ollier, est celle qui enlève le plus largement ». Les observations reproduites dans cette thèse en donnent une preuve.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 juillet 1910.
P. le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albarran. — Kystes des mâchoires. Revue de chirurgie, 1888, p. 429-716.

Aussenac. — Kystes du maxillaire inférieur. Thèse de Montpellier 1886.

Barthès (F.). — Ostéosarcome du maxillaire inférieur. In Revue de Thérapeutique du Midi. Montpellier, 1850. I, p. 306, 309.

Baker. — Notes on the pathology of a dentiger. cysts. Royal Acad. M. Ireland. Dublin 1900. IX, p. 367.

Bermet (E.-H.). — Osteosarcoma of the jaw. Tr. Roy. Acad. M. Ireland. Dublin 1890-91. IX, p. 424.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique, t. I.

Désia de Tortimet. — Tumeurs des gencives. In Revue de Chir., 1887.

Eve (D.). — Osteosarcoma of the lower jaw, vith report of a case. South.

Fraval (L.). — Contribution à l'étude des tumeurs osseuses à myéloplaxes. Thèse de Paris 1908.

Gayet. — Deux cas de résection du maxillaire inférieur pour tumeurs de cet os. Lyon chir., 1910. II, p. 237-39.

Garrot. — Contribution à l'étude des kystes paradentaires intrasirusiens. Thèse de Bordeaux 1906.

Gauthier. — Les kystes du maxillaire d'origine dentaire. Thèse de Lyon 1905.

Granger (P.). — Observation d'un ostéosarcome de la mâchoire inférieure. Gazette méd. de Paris, 1885. 2e sér., t. III, p. 413.

Heydenreich (A.). — Tumeurs des mâchoires ; in Duplay et Reclus. Traité de chirurgie.

Jean. — Étude des kystes uniloculaires simples des mâchoires. Thèse de Montpellier 1900.

Jesset (F.-B.). — A case of osteosarcoma of the lower jaw, removal of half the jaw ; recovery. Med. Press et circ. London 1890. n. s. I. 101.

Ledoux et Dutain. — Sarcome ostéoïde du maxillaire inférieur, etc. In Journ. des Sc. méd. de Lille, 1902. I. 101-05.

Lenormant et Lecène. — Sarcome ostéoïde du maxillaire inférieur : résection, guérison. In Bull. LXXX, 154-56.

Malassez. — Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires. Arch. de phys., 1885, t. V, p. 320.

Moreau. — Prothèse immédiate en aluminium après résection du maxillaire inférieur. Clinique de Bruxelles, 1909.

Montez. — Kyste dentifère de la mâchoire inférieure. In Dauphiné médical. Grenoble, 1895.

Nimier (H.). — Affections des mâchoires. In Le Dentu et Delbet. Traité de chir. 1897.

Ombrédane (L.). — Maladies des mâchoires. In Le Dentu et Delbet. Nouveau traité de chirurgie, 1909.

P. et H. Malherbe. — Recherches sur le sarcome. In Gaz. méd. de Nantes. 1899.

Perrucci (A.). Sarcoma diffuso dei mascellari. Clin. chir. Milano, 1909. XVII, 1831-37.

Picqué (L.). — Ostéosarcome du maxillaire. Échec de la fulguration ; résection ; guérison. Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1909.

Putzen (F.). — Contributo allo studio degli adamantinomi del mascillare inferiore. Clin. chir. Milano 1909. XVII, 566-601.

Reverdin (J.-L.). — Ostéosarcome central du maxillaire inférieur ; résection sous-périosté de la moitié droite de la mâchoire ;

guérison. In Revue méd. de la Suisse. Rom. Genève 1885. V. 538-44.

Rydygier (L.). — Ostéoplastic operation in resection of the mandible-Lwow. tygodn. lek. 1908. III, 545.

Simons (M.). — Ostéosarcoma of the lower jaw. Méd. Rev. Saint-Louis 1893. XXVIII, 125.

Taylor. — Osteo-sarcomatous tumorof the inferior maxilla; operation, death. Prov. med. S. J. London, 1841. I.

Tomasini. — Contribution à l'étude des ostéosarcomes du maxillaire inférieur. Thèse de Paris, 1908.

Van der Ver. — Osteosarcoma of inferior maxilla; renoval of lateral half recovery. Albany. M. Ann. 1888. IX.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!